

L 5 KR 2479/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 15 KR 1719/13
Datum
11.05.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 2479/15
Datum
31.08.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zur Auslegung des landesvertraglichen Begriffs der „Erstuntersuchung“ (im Krankenhaus); hier: § 5 Landesvertrag Baden-Württemberg. Die landesvertraglich ([§ 112 SGB V](#)) bei Ab- oder Weiterverweisung des Patienten wie eine vorstationäre Krankenhausbehandlung ([§ 115a SGB V](#)) zu vergütende „Erstuntersuchung“ des Patienten im ab- oder weiterverweisenden Krankenhaus umfasst auch Maßnahmen der Großgerätediagnostik und die Patientenbeobachtung bzw. Patientenüberwachung während der Untersuchung (Untersuchungsbeobachtung). Die Untersuchungsbeobachtung als Teil der (Erst-)Untersuchung kann im Einzelfall auch auf der Intensivstation des Krankenhauses stattfinden, darf aber nur Beobachtungs- bzw. Überwachungsmaßnahmen der Intensivmedizin (einschließlich zu- und untergeordneter Begleitmaßnahmen), jedoch keine intensivmedizinischen Behandlungsmaßnahmen umfassen; andernfalls liegt keine (Erst-)Untersuchung (im Krankenhaus), sondern eine nach Fallpauschalen zu vergütende Behandlung (im Krankenhaus) vor. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 11.05.2015 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 778,48 EUR endgültig festgesetzt.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung des Krankenhausaufenthalts eines bei der Beklagten gesetzlich Versicherten.

Die Klägerin ist Trägerin eines gemäß [§ 108 Nr. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassenen Krankenhauses.

Am 22.03.2009 wurde der 1938 geborene, bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte K. K. (im Folgenden: Versicherter) vom ärztlichen Notfalldienst N. ins Krankenhaus eingewiesen. Der ärztliche Notfalldienst hatte folgende Diagnosen gestellt: Apoplex, betont linksseitig, differenzialdiagnostisch hypertensive Krise. Auf dem Einweisungsschein ist zum Untersuchungsergebnis angegeben: "geschwollene Beine, beidseitig, diskret, schwache, träge Lichtreaktion der Pupillen, Pulmo beidseitig auskul. unauffällig; Puls 90 regelmäßig, leicht verwaschene Sprache; RR 210/110, nach 2 Hub Nitro RR 160/100, grobe Kraft OE + UE (obere und untere Extremitäten) links gemindert, Gleichgewichtsstörung". Dem Versicherten wurden vom ärztlichen Notfalldienst neben der Anwendung von Nitro-Spray 1000 ml Ringerlösung intravenös verabreicht.

Am 22.03.2009 um 12.45 Uhr wurde der Versicherte in das Krankenhaus der Klägerin aufgenommen. Um 12.57 Uhr wurden Laborwerte erhoben. Danach wurde eine Computertomographie des Schädels durchgeführt. Diese ergab eine Hirnmassenblutung von 6 x 3,5 x 4 cm Ausdehnung an untypischer Stelle, als deren Ursache der Verdacht auf einen Tumor, eine Metastase oder eine Gefäßfehlbildung geäußert wurde. Gegen 13.00 Uhr wurde der Versicherte auf die Intensivstation M17 verlegt. Dort wurden die Vitalwerte (Blutdruck, Puls, Sauerstoffsättigung) und die Urinausscheidung überwacht. Außerdem wurde dem Versicherten über den liegenden Zugang eine physiologische Kochsalzlösung infundiert. Die Ärzte des Krankenhauses der Klägerin hielten - unter Übermittlung der CT-Aufnahmen vom Schädel des Versicherten per Internet - Rücksprache mit Ärzten der Neurochirurgischen Klinik des Klinikum W ... Diese ergab, dass ein operativer Eingriff nicht indiziert war. Um 16.00 Uhr wurde der Versicherte vom Krankenhaus der Klägerin in die Neurologische Klinik des Klinikum am We., Wei., verlegt.

Mit Schlussrechnung vom 02.04.2009 rechnete die Klägerin gegenüber der Beklagten für die stationäre Behandlung des Versicherten am 22.03.2009 auf der Grundlage der Fallpauschale für die Diagnose-Related-Group (DRG) B70 (Apoplexie, ein Behandlungstag) einen Gesamtbetrag i.H.v. 882,78 EUR ab. Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst, beauftragte aber den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) mit der Erstellung eines Gutachtens. Im MDK-Gutachten vom 27.08.2009 führte Dr. G. aus, die Krankenhausbehandlung des Versicherten sei wegen dessen Zustands notwendig gewesen. Unter Berücksichtigung der Vorgaben des für Baden-Württemberg maßgeblichen Vertrags nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung - (im Folgenden nur: Landesvertrag) - habe es sich um eine Eingangsuntersuchung mit Verlegung in eine spezialisierte Abteilung gehandelt.

Die Klägerin erhob Widerspruch. Sie trug unter Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 28.02.2007 (- [B 3 KR 17/06 R](#) -, in juris) vor, der Versicherte sei nach der Erstuntersuchung in der Liegendaufnahme ihres Krankenhauses auf die Intensivstation verlegt worden. Nach der Rechtsprechung des BSG sei der Aufenthalt des Patienten auf der Intensivstation die nachhaltigste Form der Einbindung in den Krankenhausbetrieb; er stelle den Prototyp einer stationären Behandlung dar.

Die Beklagte beauftragte den MDK mit der Erstellung eines weiteren Gutachtens. Im MDK-Gutachten vom 27.10.2012 führte Dr. P. aus, die von der Klägerin angeführte Rechtsprechung des BSG sei nicht einschlägig; ihr stünden die landesvertraglichen Regelungen entgegen. Beim Versicherten habe die Aufnahmeuntersuchung zur Festlegung der erforderlichen Fachabteilung für die weitere medizinisch notwendige Behandlung stattgefunden. Diese Krankenhausleistung sei nach Maßgabe der Regelungen des Landesvertrags prästationär abzurechnen.

Am 13.03.2013 verrechnete die Beklagte einen Betrag i.H.v. 778,48 EUR mit einer anderen noch offenen Rechnung der Klägerin.

Am 22.05.2013 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG). Sie trug vor, nach der Rechtsprechung des BSG müsse bei Aufnahme des Versicherten in das Krankenhaus ein Krankheitszustand vorliegen, der die Verwendung der besonderen Mittel des Krankenhauses notwendig mache. Die Beurteilung richte sich allein nach medizinischen Erfordernissen. Ausschlaggebend sei die geplante und nicht die tatsächliche Aufenthaltsdauer des Versicherten (BSG, Urteil vom 04.03.2004, - [B 3 KR 4/03 R](#) -, in juris). So habe das BSG für die Abgrenzung stationärer von ambulanten oder anderen stationärsersetzenden Eingriffen in erster Linie auf die geplante Aufenthaltsdauer abgestellt (vgl. auch Urteil vom 28.02.2007, - [B 3 KR 17/06 R](#) -, in juris). Vollstationäre Behandlung liege danach vor, wenn ein zeitlich durchgehender Aufenthalt für mindestens einen Tag und eine Nacht geplant sei. Dann sei eine physische und organisatorische Eingliederung des Versicherten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses anzunehmen. Sei nach dem Behandlungsplan vorgesehen, dass der Versicherte über Nacht im Krankenhaus bleiben solle, liege auch bei vorzeitigem Abbruch des Krankenhausaufenthalts eine stationäre Behandlung vor. Für die Annahme einer stationären Behandlung sei notwendig, dass die für eine Krankenhausbehandlung typische intensive, aktive und fortdauernde ärztliche Betreuung und Pflege mit Hilfe jederzeit verfügbaren Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischen Personals vorgelegen habe. § 5 des Landesvertrags sehe vor, dass die Erstuntersuchung des Versicherten Teil der jeweiligen Art der Krankenhausbehandlung sei. Die Vergütung der Erstuntersuchung richte sich nach den dafür maßgeblichen Vergütungsregelungen. Werde bei der Erstuntersuchung festgestellt, dass keine Krankenhausbehandlung erforderlich sei oder die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durchgeführt werden müsse (Verweisungsfall), richte sich die Vergütung der Erstuntersuchung nach der Vereinbarung über die vorstationäre Krankenhausbehandlung gemäß [§ 115a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#); abzurechnen sei dann eine Pauschale für vorstationäre Leistungen. Hier seien im Rahmen der intensivmedizinischen Aufnahme des Versicherten aber ein Ruhe-EKG und ein CT durchgeführt worden, das eine Hirnmassenblutung gezeigt habe. Da nach Rücksprache mit den Neurochirurgen des Klinikum Würzburg eine operative Intervention nicht indiziert gewesen sei, habe man den Versicherten in die Neurologische Klinik des Klinikum am We., Wei., verlegt. Die in ihrem Krankenhaus durchgeführten Untersuchungen des Versicherten hätten den Aufwand einer Erstanamnese deutlich überschritten. Nach § 6 des (beispielhaft angeführten) Landesvertrags für das Land Sachsen sei unter Aufnahme-/Erstuntersuchung die Feststellung der Notwendigkeit und Art der Krankenhausbehandlung vor der Aufnahme des Versicherten durch unverzügliche eingehende Untersuchung - auch bei Notfällen - unter Beachtung der Grundsätze des [§ 39 SGB V](#) zu verstehen. Die in ihrem Krankenhaus erbrachten Untersuchungsleistungen hätten die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung des Versicherten bestätigt. Die (eigentliche) Erstuntersuchung des Versicherten sei (zuvor) vom ärztlichen Notfalldienst vorgenommen worden. Dieser habe auch therapeutische Maßnahmen eingeleitet, so dass über die Erstuntersuchung des Versicherten hinaus eine Therapie stattgefunden habe. Das sodann in ihrem Krankenhaus angefertigte EKG und die CT-Untersuchung des Schädels gehörten nicht zu einer üblichen Erstuntersuchung. Es seien damit weitergehende diagnostische Maßnahmen vorgenommen worden. Gerade bei der Aufnahme eines neurologischen Notfalls könne eine Eingliederung des Versicherten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses angenommen werden. Bei der vom ärztlichen Notfalldienst gestellten Diagnose (Apoplex, betont linksseitig; DD hypertensive Krise mit Enzephalogie) habe die Notwendigkeit für eine intensive und fortdauernde ärztliche Betreuung und Pflege des Versicherten mit Hilfe jederzeit verfügbaren Personals im Krankenhaus bestanden; die stationäre Behandlung sei in jedem Fall angezeigt gewesen. Die Ärzte ihres Krankenhauses hätten keine Erstuntersuchung im Sinne des Landesvertrags durchgeführt, den Versicherten vielmehr stationär (weiter-)behandelt. Auf eine Weiterbehandlung dieser Art sei der Landesvertrag nicht anzuwenden (vgl. auch SG Dresden, Urteil vom 24.02.2005, - [S 18 KR 180/02](#) -, in juris). Mit der Behandlung des Versicherten auf der Intensivstation ihres Krankenhauses sei das Stadium der Krankenhausaufnahme bereits weit überschritten gewesen, so dass § 6 Landesvertrag, wonach Notwendigkeit und Art der Krankenhausbehandlung vor der Aufnahme festgestellt werden müssten, nicht mehr einschlägig sei. Die Notwendigkeit der Verlegung des Versicherten in ein anderes Krankenhaus habe sich nicht bei der Erstuntersuchung, sondern erst zu einem Zeitpunkt gezeigt, als der Versicherte bereits in die Intensivstation nach durchgeführten diagnostischen Maßnahmen eingegliedert gewesen sei.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie trug vor, nach § 5 Landesvertrag würden die Krankenhausleistungen über die vorstationären Pauschalen vergütet, wenn bei einer Erstuntersuchung festgestellt werde, dass die Behandlung des Versicherten in einem anderen Krankenhaus durchzuführen sei. Dass die Untersuchungsleistungen des Krankenhauses der Klägerin den Aufwand einer Erstuntersuchung überschritten hätten, sei unerheblich. Für solche Fälle könne zusätzlich eine Großgerätepauschale (festgelegt (ebenfalls) in der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach [§ 115a SGB V](#)) abgerechnet werden.

Die Klägerin trug abschließend vor, die Großgerätepauschale erfasse die intensivmedizinische Behandlung nicht. Diese habe aber gerade den über die übliche Erstuntersuchung hinausgehenden Mehraufwand begründet.

Das SG erhob das Gutachten (nach Aktenlage) des Chirurgen und Sozialmediziners Dr. S. vom 28.05.2014. Der Gutachter führte aus, das

hier vorliegende - ihm seit langem gut bekannte - Problem betreffe keine medizinische Frage, sondern eine Rechtsfrage. Beim Versicherten habe aufgrund der Erhebungen des ärztlichen Notfalldienstes der hochgradige Verdacht auf einen frischen Schlaganfall bestanden. Der bei der klinisch-neurologischen Untersuchung im Krankenhaus der Klägerin aufgefallene, akut aufgetretene Hemineglect nach links sei praktisch bereits beweisend hierfür gewesen. Die anschließend durchgeführte CT-Untersuchung des Schädels habe sodann eine Massenblutung im Gehirn gezeigt. Aus der vorliegenden Verordnung für die Krankenhausbehandlung lasse sich entnehmen, dass der ärztliche Notfalldienst diagnostisch eine klinische Untersuchung durchgeführt, Blutdruck und Puls gemessen und die Lunge abgehört habe. Therapeutisch seien bei erhöhtem Blutdruck ein Nitro-Spray verabreicht, ein venöser Zugang gelegt und darüber hinaus Flüssigkeit (Ringerlösung) gegeben worden. Im Krankenhaus der Klägerin habe man den Versicherten in der Aufnahme klinisch-neurologisch untersucht und Laborwerte erhoben. Außerdem sei ein Ruhe-EKG angefertigt und eine CT-Untersuchung des Schädels durchgeführt worden und man habe den Versicherten bis zur Verlegung auf der Intensivstation überwacht. Ob die im Krankenhaus der Klägerin durchgeführten Maßnahmen nach Art und Umfang einer üblichen Erstuntersuchung entsprächen, könne er nicht beantworten, da dieser Rechtsbegriff in § 5 Landesvertrag nicht definiert sei. Mit einer Erstanamnese werde die Erstuntersuchung aber nicht gleichzusetzen sein, da die Anamnese nur die Krankenbefragung und keine Untersuchung darstelle. Die Untersuchung des Versicherten zur Stellung einer Diagnose, die sich dann im Krankenhaus der Klägerin als nicht behandelbar erwiesen habe, habe zweifellos auch ein EKG und ein CT umfasst. Die Frage, ob es sich dabei um eine Erstuntersuchung im Sinne des Landesvertrags gehandelt habe oder nicht, könne er als medizinischer Sachverständiger nicht beantworten.

Die Klägerin trug hierzu vor, der Landesvertrag definiere den Begriff der Erstuntersuchung nicht. Die beim Versicherten durchgeführten Maßnahmen seien bereits über eine "Untersuchung" weit hinausgegangen. Dafür spreche vor allem die Aufnahme des Versicherten in die Intensivstation. Schon die dort vorgenommene Überwachung des Versicherten überschreite weit das Maß einer Erstuntersuchung. Man habe Laborwerte erhoben, ein Ruhe-EKG angefertigt und eine CT-Untersuchung des Schädels durchgeführt. Außerdem sei der Versicherte intravenös mit 1000 ml Kochsalzlösung und mit Ebrantil versorgt worden. Das stelle eine Behandlung auf der Intensivstation dar und damit die nachhaltigste Form der Eingliederung eines Versicherten in den Krankenhausbetrieb. Es habe daher eine stationäre Behandlung stattgefunden, bei der unabhängig von der Behandlungsdauer weder eine vorstationäre, noch eine teilstationäre oder ambulante Abrechnung in Betracht komme. Es könne nicht angehen, eine letztendlich vollstationäre Krankenhausbehandlung wie eine vorstationäre Behandlung zu vergüten. Dass für den Versicherten eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig gewesen sei, sei unstrittig. Diese Krankenhausbehandlung habe man in ihrem Krankenhaus im Anschluss an die Diagnostik bis zur Verlegung des Versicherten auf die Intensivstation durchgeführt. Da eine vollstationäre Behandlung nach [§ 39 SGB V](#) erbracht worden sei, komme die Abrechnung nach § 5 Landesvertrag nicht mehr in Betracht. Landesvertragliche Regelungen könnten Gesetzesvorschriften nicht verdrängen.

Die Beklagte trug vor, der Regelung in § 5 Landesvertrag könne der Wille der Vertragspartner entnommen werden, dass eine Erstuntersuchung gerade in den Fällen vorliegen solle, in denen keine Krankenhausbehandlung erforderlich oder die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durchzuführen sei. Andere Landesverträge enthielten insoweit klarere Regelungen; auf die entsprechenden Vorschriften in den Landesverträgen Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz sei verwiesen.

Am 14.04.2015 fand eine Erörterungsverhandlung des SG statt. Die Beteiligten erklärten, eine vergleichsweise Regelung komme (angesichts der grundsätzlichen Bedeutung der streitigen Rechtsfrage) nicht in Betracht.

Mit Gerichtsbescheid vom 11.05.2015 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Zahlung weiterer 778,48 EUR für die Aufnahme des Versicherten am 22.03.2009 in ihr Krankenhaus. Dort sei der Versicherte nicht behandelt, vielmehr sei lediglich eine Erstuntersuchung durchgeführt worden, für die nur die prästationäre Pauschale abgerechnet werden könne. Das ergebe sich aus dem Geschehensablauf, den Dr. S. in seinem Gutachten dargestellt habe. Der Versicherte sei zwar unmittelbar nach der Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin auf die Intensivstation verlegt worden, was grundsätzlich dafür spreche, dass eine über die Erstuntersuchung hinausgehende Behandlung stattgefunden habe. Ausschlaggebend sei jedoch, dass der Versicherte auch auf der Intensivstation nicht wirklich behandelt worden sei. Vielmehr habe man Untersuchungen zur Diagnosestellung durchgeführt und dem Versicherten im Übrigen lediglich Ringerlösung intravenös verabreicht. Vor der Verlegung auf die Intensivstation seien Laborwerte erhoben worden, Außerdem sei ein CT des Schädels angefertigt worden. Das habe der Diagnostik gedient. Auf der Intensivstation seien lediglich die Vitalwerte überwacht worden, weshalb von einer Behandlung des Versicherten nicht ausgegangen werden könne. Bei dieser Sachlage sei die Vorschrift in § 3 Abs. 1 Nr. 2 Landesvertrag anzuwenden. Im Krankenhaus der Klägerin sei durch die Erstuntersuchung festgestellt worden, dass die Behandlung des Versicherten in einem anderen Krankenhaus (hier im Klinikum am We., Wei.) durchgeführt werden müsse. Der Umstand, dass der Versicherte aufgrund der Schwere seiner Krankheit bis zur tatsächlichen Verlegung in das andere Krankenhaus auf der Intensivstation des Krankenhauses der Klägerin überwacht worden sei, rechtfertige nicht die Annahme einer entsprechend zu vergütenden Krankenhausbehandlung. Die Beklagte habe daher zu Recht lediglich die vorstationäre Pauschale i.H.v. 104,30 EUR angesetzt.

Gegen das ihr am 15.05.2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 11.06.2015 Berufung eingelegt. Zur Begründung wiederholt und bekräftigt sie ihr bisheriges Vorbringen. Dr. S. habe eine unabdingbar notwendige Überwachung des Versicherten auf der Intensivstation bei jederzeit möglichen lebensbedrohlichen Komplikationen angenommen. Allein diese Überwachung gehe über das Ausmaß einer Erstuntersuchung weit hinaus. Beim Versicherten habe eine stationäre Behandlung stattgefunden. Mit der Gabe von Medikamenten und der Durchführung äußerst aufwändiger diagnostischer Maßnahmen seien Maßnahmen ergriffen worden, die den Rahmen der Erstuntersuchung sprengten. Entgegen der Auffassung des SG sei der Versicherte auf der Intensivstation behandelt worden; man habe ihm das Medikament Ebrantil, ein Arzneimittel zur Blutdrucksenkung in der Akutphase des Schlaganfalls, verabreicht. Neben diagnostischen Maßnahmen seien in ihrem Krankenhaus daher auch therapeutische Behandlungsmaßnahmen vorgenommen worden. Die Abrechnungsbestimmungen in Landesverträgen seien streng wortlautbezogen auszulegen. Vom Wortverständnis her könne eine "Erstuntersuchung" nicht mehr vorliegen, wenn das Krankenhaus die Behandlung einer akuten und lebensbedrohenden Erkrankung durchführe. Im Fall des Versicherten seien bereits "ersttherapeutische" Schritte eingeleitet worden; eine bloße "Erstuntersuchung" habe nicht mehr vorgelegen. Die Erstuntersuchung habe bereits der ärztliche Notfalldienst vorgenommen. Dieser habe zudem ebenfalls bereits therapeutische Maßnahmen - durch Verabreichung von Ringerlösung - eingeleitet. Überwachungsmaßnahmen auf der Intensivstation eines Krankenhauses verursachten ungleich höheren Aufwand als eine Erstuntersuchung.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 11.05.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie (die Klägerin) 778,48

EUR nebst Zinsen i.H.v. fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 13.03.2013 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Dr. S. habe nicht festgestellt, dass die Überwachung des Versicherten auf der Intensivstation über das Ausmaß einer Erstuntersuchung hinausgegangen sei; er habe diese Rechtsfrage als medizinischer Sachverständiger nicht klären können. Der Zweck der Erstuntersuchung bestehe darin abzuklären, ob ein Patient in der eigenen Klinik behandelt werden könne. Werde bei der Untersuchung festgestellt, dass dies nicht möglich sei, entweder, weil (gar) keine Krankenhausbehandlung erforderlich oder die erforderliche Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus durchzuführen sei, richte sich die Vergütung nach der Vereinbarung zu der vorstationären Krankenhausbehandlung. Das zeige die Definition des Begriffes der Erstuntersuchung in anderen Landesverträgen. Die Partner des hier maßgeblichen Landesvertrags hätten eine davon gänzlich abweichende Regelung ersichtlich nicht treffen wollen. Aus dem Gutachten des Dr. S. gehe auch hervor, dass die Untersuchung des Versicherten zweifellos auch ein EKG und ein CT umfasst habe. Nicht nachvollziehbar sei, weshalb andere Untersuchungen keine Erstuntersuchung mehr darstellen sollten. Die Landesverträge wollten die Krankenhausbehandlung der Versicherten pauschal regeln. Es komme daher nicht darauf an, dass in der vorliegenden Fallgestaltung der sonst übliche Rahmen einer Erstuntersuchung überschritten worden sei. Die Regelungen des Landesvertrags zur Erstuntersuchung sollten für unterdurchschnittlich, durchschnittlich und überdurchschnittlich aufwändige Fälle gleichermaßen gelten. Deshalb hätten sich die Partner des Landesvertrags für eine pauschalierende Regelung entschieden und keine Sonderregelung für überdurchschnittlich aufwändige Fälle vorgesehen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung gem. [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I. Die Berufung der Klägerin, über die der Senat gem. [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#) im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist gemäß [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) statthaft. Streitgegenstand des Klage- und des Berufungsverfahrens ist die Zahlung eines Vergütungsbetrags i.H.v. 778,48 EUR; der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (750 EUR) ist überschritten. Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt und daher auch im Übrigen gemäß [§ 151 SGG](#) zulässig.

II. Die Berufung ist jedoch nicht begründet. Der Klägerin steht zur Vergütung der Leistungen, die sie in ihrem Krankenhaus am 22.03.2009 für den Versicherten erbracht hat, (nur) die fachabteilungsbezogene Vergütungspauschale für vorstationäre Behandlungen in der Intensivmedizin i.H.v. 104,30 EUR zu. Diese hat ihr die Beklagte (unstreitig) gezahlt. Die Zahlung eines weiteren Vergütungsbetrags i.H.v. 778,48 EUR kann die Klägerin nicht beanspruchen. Die Beklagte, die zunächst einen von der Klägerin abgerechneten Vergütungsbetrag von 882,78 EUR gezahlt hatte, hat in Höhe des streitigen Betrags zu Recht die Aufrechnung gegen andere unstreitige Vergütungsforderungen der Klägerin erklärt (zu dieser Vorgehensweise näher BSG, Urteil vom 19.04.2016, - [B 1 KR 23/15 R](#) -; auch Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, Beschluss vom 07.04.2015, - [L 11 KR 5275/13](#) -, beide in juris). Das SG hat die Klage (zur Zulässigkeit der (echten)Leistungsklage in Fällen der vorliegenden Art ebenfalls BSG, a.a.O., m.w.N.) zu Recht abgewiesen.

1.) Rechtsgrundlage des von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsanspruchs sind die Vorschriften in [§ 109 Abs. 4 Satz 2](#) und 3 SGB V i.V.m. [§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#) und der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 (Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2009), [§ 17b Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#) und den Bestimmungen des Krankenhausbehandlungsvertrags nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Baden-Württemberg (im Folgenden: Landesvertrag).

Gemäß [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) ist das (nach Maßgabe des Versorgungsvertrags nach [§ 109 Abs. 1 SGB V](#) zugelassene) Krankenhaus zur Krankenhausbehandlung der gesetzlich Versicherten verpflichtet. Die Krankenhausbehandlung wird nach [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (neben ambulanter Leistungserbringung nach [§ 115b SGB V](#)) voll- und teilstationär sowie vor- und nachstationär erbracht (zum Leistungsumfang der Krankenhausbehandlung etwa BSG, Urteil vom 27.11.2014, - [B 3 KR 12/13 R](#) -, in juris). Eine stationäre Krankenhausbehandlung, sei es voll- oder teilstationär, liegt bei der physischen und organisatorischen Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses vor (dazu jurisPK-SGB V/Wahl [§ 39 Rdnr. 33](#)). Maßgeblich ist, in welchem Umfang neben der Dauer der Behandlung der Patient die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch nimmt (BSG, Urteil vom 28.02.2007, - [B 3 KR 17/06 R](#) -, in juris). Vollstationäre Krankenhausbehandlung findet statt, wenn der Patient nach der Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll (BSG, Urteil vom 19.09.2013, - [B 3 KR 34/12 R](#) -; Urteil vom 04.03.2004, - [B 3 KR 4/03 R](#) -, beide in juris). Die vorstationäre (ebenso die nachstationäre) Krankenhausbehandlung bzw. - so die Überschrift zu [§ 115a SGB V](#) - "Behandlung im Krankenhaus" (ohne Unterkunft und Verpflegung) stellt demgegenüber eine Sonderform der ambulanten Versorgung dar, die wegen ihres funktionalen und zeitlichen Zusammenhangs mit der vollstationären Behandlung aber der Krankenhausbehandlung zugeordnet worden ist (jurisPK-SGB V/Wahl [§ 39 Rdnr. 38](#); BSG, Urteil vom 17.07.2013, - [B 6 KA 14/12 R](#) -, in juris). Gemäß [§ 115a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) findet sie statt, um die Erforderlichkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder diese vorzubereiten.

Die Vergütung der Krankenhausbehandlung richtet sich nach der Art der Leistungserbringung des Krankenhauses. Die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen werden gemäß [§ 7 Satz 1 Satz 1 KHEntgG](#) gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit den in dieser Vorschrift abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet, namentlich nach Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog ([§ 7 Satz 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG](#)). Gemäß [§ 17b Abs. 1 Satz 3 KHG](#) sind damit die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Die vorstationäre (wie die nachstationäre) Krankenhausbehandlung wird gemäß [§ 1 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG](#) für alle Benutzer einheitlich nach [§ 115a SGB V](#) vergütet. [§ 115a Abs. 3 SGB V](#) sieht insoweit eine gesonderte Vergütungsregelung durch Normenvertrag bzw. Empfehlungen der Spitzenverbände vor. Maßgeblich ist die Gemeinsame Empfehlung, die die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassenspitzenverbände im Benehmen mit der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach [§ 115a Abs. 3 SGB V](#) zum 01.01.1997 (im Folgenden: Gemeinsame Empfehlung; dazu BSG, Urteil vom 17.09.2013, - [B 1 KR 21/12 R](#) -, in juris) vereinbart hat.

Weitere Regelungen zur Krankenhausbehandlung und deren Vergütung sind auf landesvertraglicher Ebene in §§ 3 und 5 Landesvertrag festgelegt worden. § 3 Landesvertrag hat die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und deren Feststellung, § 5 Landesvertrag hat - damit zusammenhängend - die Vergütung der so genannten "Erstuntersuchung" des Patienten zum Gegenstand.

Gemäß § 3 Abs. 1 Landesvertrag wird die voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt, wenn sie - von Notfällen abgesehen - von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung ([§ 95 SGB V](#)) verordnet ist und nach Art und Schwere der Krankheit die medizinische Versorgung gemeinsam mit der pflegerischen Leistung nicht (u.a.) durch vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung, jeweils einschließlich häuslicher Krankenpflege, erreicht werden kann. Gemäß § 3 Abs. 2 Satz 1 Landesvertrag wird vor der Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung von einem Krankenhausarzt entschieden, welche Behandlungsform nach § 3 Abs. 1 Landesvertrag notwendig und ausreichend ist. Gemäß § 5 Abs. 1 Landesvertrag ist die Erstuntersuchung Teil der jeweiligen Art der Krankenhausbehandlung (Satz 1). Die Vergütung richtet sich nach den hierfür maßgeblichen Vergütungsregelungen (Satz 2). Wird bei der Erstuntersuchung festgestellt, dass keine Krankenhausbehandlung erforderlich ist, oder die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durchzuführen ist (Verweisung), richtet sich die Vergütung gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 Buchstaben a und b Landesvertrag nach der Vereinbarung zu der vorstationären Krankenhausbehandlung nach [§ 115a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#).

Das in § 5 Landesvertrag für die Vergütung der Erstuntersuchung des Patienten vereinbarte vertragliche Vergütungsrecht nimmt auf das gesetzliche Vergütungsrecht, namentlich im KHEntgG und in [§ 115a SGB V](#), Bezug. § 5 Abs. 1 Landesvertrag enthält eine allgemeine Regelung. Die Vorschrift ordnet die Erstuntersuchung des Patienten der jeweiligen Art der Krankenhausbehandlung ([§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) zu. Nach deren Vergütung soll sich gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 Landesvertrag auch die Vergütung der Erstuntersuchung richten. § 5 Abs. 1 Landesvertrag erfasst daher insbesondere diejenigen Fälle, in denen sich an die Erstuntersuchung eine voll- oder teilstationäre Behandlung in dem Krankenhaus anschließt, in dem die Erstuntersuchung stattgefunden hat. Die Erstuntersuchung ist dann nach Maßgabe des hierfür geltenden Vergütungsrechts (mit der entsprechenden Fallpauschale) zu vergüten. § 5 Abs. 2 Landesvertrag enthält eine Sonderregelung. Sie betrifft diejenigen Fälle, in denen sich an die Erstuntersuchung eine Krankenhausbehandlung (gar) nicht anschließt, weil sie sich als nicht erforderlich erwiesen hat (§ 5 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe 2 Landesvertrag: "Abweisung" des zur Krankenhausbehandlung eingewiesenen Patienten), und diejenigen Fälle, in denen die Krankenhausbehandlung zwar erforderlich, aber in einem anderen Krankenhaus durchzuführen ist (§ 5 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe b Landesvertrag: "Verweisung" des zur Krankenhausbehandlung eingewiesenen Patienten). Beide Fallgestaltungen werden vergütungsrechtlich der vorstationären Krankenhausbehandlung i.S.d. [§ 115a SGB V](#) zugeordnet. Es hat dann zwar keine (vorstationäre) "Behandlung im Krankenhaus", aber eine der Sache nach in vergleichbarer Weise dem ambulanten Versorgungsbereich zugeordnete "Untersuchung im Krankenhaus" stattgefunden. Sowohl bei der vorstationären Behandlung wie bei der Erstuntersuchung im Krankenhaus ohne nachfolgende Krankenhausbehandlung (im gleichen Krankenhaus) werden die Einrichtungen und das Personal des Krankenhauses ohne Unterkunft und Verpflegung in Anspruch genommen, was die vergütungsrechtliche Gleichstellung der zur Ab- bzw. Verweisung des Patienten führenden Erstuntersuchung mit der vorstationären Behandlung in § 5 Abs. 2 Satz 1 Landesvertrag nahelegt. Rechtlich zulässig ist eine vertragsrechtliche Vergütungsregelung dieser Art freilich nur dann, wenn sie dem höherrangigen gesetzlichen Vergütungsrecht nicht widerspricht. Der Landesvertrag kann die Geltung des Vergütungsrechts der vorstationären Krankenhausbehandlung nur in Einklang mit dem einschlägigen Gesetzesrecht anordnen. Notwendig ist daher, dass die in Rede stehenden Maßnahmen des Krankenhauses (nur) eine Untersuchung und nicht (schon) eine (Krankenhaus-)Behandlung des Patienten darstellen. Maßnahmen des Krankenhauses, die nach den eingangs dargestellten Rechtsgrundsätzen - wegen der physischen und organisatorischen Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses bzw. wegen des Umfangs der Inanspruchnahme der Infrastruktur des Krankenhauses - (eigentlich) als stationäre (Krankenhaus-) Behandlung eingestuft werden müssen, können - vorbehaltlich abweichender Regelungen im Gesetz (dazu sogleich im Hinblick auf Maßnahmen in der Intensivstation des Krankenhauses) - dem Vergütungsrecht der vorstationären Krankenhausbehandlung durch vertragliche Regelung nicht unterworfen werden. Für sie ist das Vergütungsrecht der stationären Krankenhausbehandlung, und damit die Vergütung nach den einschlägigen Fallpauschalen, maßgeblich. Stellt die in Rede stehende Maßnahme keine stationäre Krankenhausbehandlung, aber auch keine Untersuchung, sondern eine vorstationäre Behandlung im Krankenhaus i.S.d. [§ 115a SGB V](#) dar, kommt die Anwendung des Vergütungsrechts der vorstationären Krankenhausbehandlung gemäß [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) nur in Betracht, wenn die Behandlungsmaßnahme dazu bestimmt ist, die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder diese vorzubereiten.

Von diesen Maßgaben ausgehend ist der Begriff der "Erstuntersuchung" in § 5 Landesvertrag auszulegen. Da § 5 Landesvertrag eine Regelung des Vergütungsrechts darstellt, ist die streng wortlautbezogene Auslegung der Vorschrift geboten (vgl. etwa BSG, Urteil vom 13.11.2012, - [B 1 KR 14/12 R](#) - m.w.N., in juris).

Danach ist in gegenständlicher Hinsicht unter der ärztlichen "Untersuchung" die Anwendung diagnostischer Tätigkeiten und Verfahren zu verstehen, wie die körperliche Untersuchung des Patienten ohne Hilfsmittel (etwa durch Inspektion oder Abtasten), mit einfachen Hilfsmitteln (wie Stethoskop) und mit technischem Gerät (wie Röntgen- Ultraschall- oder EKG-Gerät, Computer- oder Positronen-Emissions-Tomograph, Magnet-Resonanz-Gerät) oder durch den Einsatz laborchemischer Verfahren (vgl. etwa Roche-Medizinlexikon zum Begriff der "Untersuchung"). Teil der Untersuchung ist auch die Beobachtung und ggf. Überwachung des Patienten während der Untersuchung, um sogleich noch vor Abschluss der Untersuchung notwendig werdende Behandlungsmaßnahmen einleiten zu können. Auf Art oder Umfang des Untersuchungsaufwands kommt es für den Untersuchungs begriff nicht an. Auch (äußerst) aufwändige Untersuchungsmaßnahmen, wie die diagnostische Anwendung von Großgeräten (Computertomograph u.ä.), sind im Rechtssinne "Untersuchung" und nicht "Behandlung" des Patienten. Das gilt auch für die "Erstuntersuchung" im Krankenhaus nach § 5 Landesvertrag. Die Vertragspartner des Landesvertrags haben eine gegenständliche Beschränkung im Hinblick auf den Untersuchungsaufwand nicht vereinbart, vielmehr eine alle Untersuchungsmaßnahmen gleichermaßen (pauschal) erfassende Regelung getroffen und namentlich besonders aufwändige Untersuchungen aus dem Begriff der "Erstuntersuchung" nicht ausgenommen. Dagegen ist aus Rechtsgründen nichts zu erinnern, zumal für den Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte ggf. die in der Gemeinsamen Empfehlung hierfür vorgesehene Großgerätepauschale angesetzt werden kann. In zeitlicher Hinsicht ist unter "Erst"-Untersuchung i.S.d. § 5 Landesvertrag die erste Untersuchung des Patienten durch Krankenhausärzte im Krankenhaus zu verstehen. Der Landesvertrag hat nur die Krankenhausbehandlung bzw. die Untersuchung im Krankenhaus zum Gegenstand, nicht jedoch eine ihr vorausgehende vertragsärztliche Untersuchung - auch im Rahmen des ärztlichen

Notfalldienstes -, als deren Ergebnis der Patient zur Krankenhausbehandlung in das Krankenhaus eingewiesen worden ist.

Maßnahmen, die auf der Intensivstation des Krankenhauses - einer apparativ und personell besonders ausgestatteten Krankenhausabteilung - vorgenommen werden, werden regelmäßig nicht als (bloße) Untersuchung des Patienten und damit auch nicht als "Erstuntersuchung" i.S.d. § 5 Abs. 2 Landesvertrag einzustufen sein. Muss ein Patient, namentlich im Rahmen eines medizinischen Notfalls, und sei es auch nur für kurze Zeit, etwa bis zur Verlegung in ein anderes Krankenhaus, in die Intensivstation des Krankenhauses aufgenommen werden, sind dort regelmäßig Maßnahmen der Krankenhausbehandlung zu erbringen, die über die bloße Untersuchung des Patienten (weit) hinausgehen. Auf der Intensivstation geht es, ganz im Vordergrund stehend, darum, durch Behandlungsmaßnahmen der Intensivmedizin mit besonderem apparativem und personellem Aufwand elementare Vitalfunktionen (Atmung, Kreislauf, Homöostase, Stoffwechsel) zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen sowie - diesen Zwecken dienend - zu überwachen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen (vgl. BSG, Urteil vom 28.02.2007, - [B 3 KR 17/06 R](#) - m.N., in juris). Der Aufenthalt des Patienten auf der Intensivstation des Krankenhauses stellt (so BSG, a.a.O.) daher die nachhaltigste Form der Einbindung in einen Krankenhausbetrieb und damit den Prototyp der stationären Behandlung dar, weshalb das BSG die Möglichkeit einer "ambulanten Behandlung auf der Intensivstation eines Krankenhauses" im Grundsatz verworfen hat (Urteil vom 28.07.2007, a.a.O.). Deswegen ist aber (in einem ersten Schritt) nicht zwingend ausgeschlossen, eine vorstationäre Behandlung "im Krankenhaus" - ungeachtet ihrer sachlichen Zuordnung zum ambulanten Versorgungsbereich - auch in der Intensivstation des Krankenhauses durchzuführen. Das ist Folge der gesetzlichen Etablierung der vorstationären Krankenhausbehandlung in [§ 115a SGB V](#). Diese Vorschrift gilt für das Krankenhaus als Einrichtung (i.S.d. [§ 107 SGB V](#)); eine Unterscheidung nach Fachabteilungen des Krankenhauses und ihrer Eigenart findet nicht statt. Das ist ersichtlich auch die Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen, die in der Gemeinsamen Empfehlung fachabteilungsbezogene Vergütungspauschalen für praktisch alle Fachabteilungen des Krankenhauses, auch für die Fachabteilung "Intensivmedizin" (Pauschale i.H.v. 104,30 EUR), vorgesehen haben. Im Hinblick darauf ist es (in einem zweiten Schritt) ungeachtet der angeführten Rechtsprechung des BSG zum Vorliegen stationärer Krankenhausbehandlung, namentlich auf der Intensivstation eines Krankenhauses, auch nicht von vornherein aus Rechtsgründen auszuschließen, dass auf der Intensivstation des Krankenhauses nicht nur eine vorstationäre "Behandlung" im Krankenhaus ([§ 115a SGB V](#)) sondern auch eine Untersuchung "im Krankenhaus" erbracht werden kann. Einer landesvertraglichen Regelung, die - wie § 5 Abs. 2 Landesvertrag mit der Bezugnahme auf die Gemeinsame Empfehlung mit ihrer fachabteilungsbezogenen Vergütungspauschale auch für die Intensivmedizin - hiervon ausgeht, steht höherrangiges Gesetzesrecht nach Auffassung des Senats daher nicht entgegen.

Maßnahmen auf der Intensivstation des Krankenhauses können aber nur dann als (bloße) Untersuchung im Rechtssinne eingestuft werden, wenn sie (nur) der noch stattfindenden (eigentlichen) Diagnostik im Krankenhaus funktional-dienend zugeordnet sind. Das ist der Fall, wenn es ganz im Vordergrund nur um die Überwachung des Patienten bzw. seiner Vitalfunktionen geht, um ggf. sogleich erforderlicher werdende Behandlungsmaßnahmen zu deren Aufrechterhaltung einleiten zu können. Die intensivmedizinische Überwachung stellt dann der Sache nach (nur) eine besondere (intensive) Art der Beobachtung des Patienten in der Untersuchungssituation dar, die, wie eingangs dargelegt worden ist, als solche Teil der Untersuchung im Rechtssinne ist. Begleitmaßnahmen, wie bspw. der Ausgleich eines Flüssigkeitsmangels durch Infusion von Kochsalzlösung, oder auch die Fortführung einer schon im Vorfeld dem Grunde nach durchgeführten (Dauer-)Behandlung, wie die Blutdrucksenkung durch Gabe entsprechender Arzneimittel, sind dem untergeordnet und stehen der Einstufung der intensivmedizinischen Überwachung (Beobachtung) des Patienten als Maßnahme der Untersuchung ("Untersuchungsbeobachtung") nicht entgegen.

2.) Davon ausgehend hat im zugelassenen Krankenhaus der Klägerin am 22.03.2009 nur eine Erstuntersuchung des Versicherten, bei dem die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung vorlagen, i.S.d. § 5 Landesvertrag stattgefunden, bei der festgestellt worden ist, dass die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durchzuführen ist. Der Versicherte ist demzufolge am Nachmittag des 22.03.2009 in das Klinikum am We., Wei., verlegt worden. Dabei hat es sich um eine Verweisung nach Erstuntersuchung i.S.d. § 5 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe b Landesvertrag gehandelt, deren Vergütung sich nach dem für vorstationäre Krankenhausbehandlungen geltenden Vergütungsrecht richtet und die nicht als vollstationäre Krankenhausbehandlung mit der entsprechenden Fallpauschale vergütet werden kann. Die im Krankenhaus der Klägerin durchgeführten Maßnahmen stellen eine "Untersuchung" i.S.d. § 5 Landesvertrag dar. Dass man eine aufwändige gerätegestützte Diagnostik vorgenommen hat und auch hat vornehmen müssen, ist, wie eingangs ausgeführt worden ist, unerheblich. Gleiches gilt für die Aufnahme des Versicherten in die Intensivstation des Krankenhauses der Klägerin. Die dort durchgeführten Maßnahmen sind (noch) Teil der Untersuchung gewesen. Sie haben sich in der intensivmedizinischen Überwachung und damit in der (intensiven) Patientenbeobachtung als Teilmaßnahme der Untersuchung erschöpft. Der Versicherte ist kurze Zeit nach der Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin (um 12.45 Uhr) um 13.00 Uhr in die Intensivstation aufgenommen worden. Zu dieser Zeit sind die Untersuchungsmaßnahmen im Übrigen noch nicht abgeschlossen gewesen, zumal in der Folgezeit noch eine Besprechung mit Ärzten des Klinikum Würzburg zur Beurteilung der erhobenen Befunde bzw. der vorliegenden CT-Aufnahmen als Teil der Untersuchung stattgefunden hat. Dass dem Versicherten auf der Intensivstation Kochsalzlösung zum Flüssigkeitsausgleich infundiert worden ist und man ihm ein Medikament zur Blutdrucksenkung (und sei es auch ein für die Blutdrucksenkung in der Akutphase eines Schlaganfalls vorgesehenes Medikament) verabreicht hat, ist unerheblich. Diese Maßnahmen sind der ganz im Vordergrund stehenden Überwachung bzw. Beobachtung des Versicherten untergeordnet gewesen und ändern nichts daran, dass auf der Intensivstation im Kern (nur) eine Patientenbeobachtung stattgefunden hat, die nach den vorstehend dargestellten Rechtsgrundsätzen unbeschadet der Eingliederung des Versicherten in das Versorgungssystem des Krankenhauses bzw. der Inanspruchnahme seiner Infrastruktur auf der Intensivstation rechtlich als Teilmaßnahme der Untersuchung einzustufen ist. Auch Dr. S. hat in seinem Gutachten vom 28.05.2014 dargelegt, der Versicherte sei bis zur Verlegung in ein anderes Krankenhaus auf der Intensivstation des Krankenhauses der Klägerin "überwacht" worden. Weitergehende Maßnahmen der Intensivmedizin, insbesondere zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Ersetzung elementarer Vitalfunktionen, die als von den Maßnahmen der Untersuchung (der "Untersuchungsbeobachtung") zu unterscheidende Behandlungsmaßnahmen eingestuft werden müssten, sind nicht durchgeführt worden. Die auf die Erstuntersuchung im Krankenhaus der Klägerin folgende und (unstreitig) notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten hat nach dessen Verweisung i.S.d. § 5 Abs. 2 Satz 1 Buchstabe b Landesvertrag sodann im Klinikum am We., Wei., stattgefunden. Unerheblich ist schließlich, dass der Versicherte vor der Einweisung in das Krankenhaus der Klägerin vertragsärztlich - durch den ärztlichen Notfalldienst - untersucht worden ist und dabei auch erste (Notfall-)Behandlungsmaßnahmen ergriffen worden sind. All das ist dem Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen und für den Bereich der Versorgung im Krankenhaus, der Gegenstand der hier maßgeblichen gesetzlichen und landesvertraglichen Regelungen ist, nicht von Belang.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Der Senat lässt die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zu ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)). Der Rechtsbegriff der "Erstuntersuchung", dessen Auslegung höchstrichterlicher Klärung bedarf, wird bewusst und gewollt inhaltlich gleich nicht nur in § 5 Landesvertrag, sondern auch in entsprechenden Vorschriften der Landesverträge anderer Bundesländer verwendet (vgl. dazu Meyer/Ladewig, Keller, Leitherer, [SGG § 160](#) Rdnr 9c, § 162 Rdnr. 5a m.w.N.; BSG, Urteil vom 18.07.2013, - [B 3 KR 21/12 R](#) -, in juris).

Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2016-09-12